

受療証交付伺	同年月日	平成	年	月	日	決 裁					
	決裁年月日	平成	年	月	日	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係
	標準報酬月額	千円									

健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	健保太郎 昭平 30年 5月 21日		記号・番号	1908-2590	
	認定対象者 氏 名	健保花子		認定対象者 生年月日	昭平 35年 3月 10日	続柄 妻
	認定対象者 住 所	〒〇X△-XXXX 多摩市落合 X-X-X				
	疾 病 名	1. 血 友 病 ② 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群				

医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	平成 29 年 4 月 13 日					
	医療機関の	名 称	△X赤十字病院			
		所在地	多摩市貝取 X-X-X			
	医師名	千代田幸太郎				

上記のとおり申請します。

平成 29 年 4 月 14 日

被保険者の 住 所 多摩市落合 X-X-X
氏 名 健保太郎

出版健康保険組合理事長殿

